

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

222^{No}

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

BOUREAU, Philippe, René, Jules,

Né le 10 Avril 1931, à Jaffa (Israël).

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 1964

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPITHÉLIOMAS PRIMITIFS DE LA SOUS-CLOISON.

Président : Mr. M. AUBRY, Professeur

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS VI^e

1964

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

BOUREAU, Philippe, René, Jules,

Né le 10 Avril 1931, à Jaffa (Israël).

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ÉPITHÉLIOMAS PRIMITIFS DE LA SOUS-CLOISON.**

Président : Mr. M. AUBRY, Professeur

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS VI°

1964

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

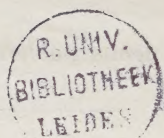
1887

THESE

PAR

DOCTORAT EN MEDICINE

(DIPLOME D'ETAT)



CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES EPYPLETQUES PRIMAIRES DE LA ZOOS-CLONIE

DEPUIS L'AN 1887

PAR

LE

1887

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.),
BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), DEBRE (R.),
FEY (B.), GALLIARD (H.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.),
HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE
(G.), LAVIER (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.),
MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR
VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.),
QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.),
TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR : D. BARGETON

2me ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
	(JAYLE (M.-F.)
Biochimie médicale	(SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)

mm.

Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et Virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	(BINET (L.)
	(BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétr.	LEPAGE (F.)
Physique médicale	(DOGNON (A.)
	(DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.)
	(POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

mm.

Clinique carcinologique chirurgicale	
(Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin	LEGER (L.)
(Cochin	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
(Boucicaut	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales (Broussais	LENEGRE (J.)

Cliniques médicales..	(Cochin.....)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	(Cochin.....)	BROUET (G.)
	(Hôtel-Dieu.....)	BARIETY (M.)
	(Lariboisière ..)	SEZE (S. de)
	(Pitié.....)	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine..)	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climato-		
logie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique		
(Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète		
sucré et des maladies de la		
nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
	(Baudelocque..)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales..	(Foch (Suresnes) ..)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique		
(Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		
(Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puéricul-		
ture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale		
(Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie		
(Laënnec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie		
infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale		
et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		
(Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale		
(Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique		
et traumatologique		PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale		DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première		
enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b)- Professeurs à titre personnel :

mm.
 Médecine (BOUR (H.)
 (LHERMITTE (F.)
 (PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
 ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

mm.
 Anatomie (CABROL (C.)
 (COUINAUD (C.)
 (GILLOT (C.)
 (OLIVIER (G.)
 (Pr. s. ch.
 (GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
 (Pr. s. ch.
 (ABELANET (R.)
 (CHOMETTE (G.)
 Anatomie pathologique (GOUYGOU (Ch.), M. conf.
 (NEZELOFF (Ch.)
 (ORCEL (L.)
 (PAILLAS (J.)
 Anesthésiologie (KERN (E.)
 (VOURC'H (G.)
 (BARBIER (P.), Pr.s.ch.
 (CHRISTOL (D.)
 Bactériologie (LE MINOR (L.)
 (TOURNIER (P.)
 (BAULIEU (Et.),
 (M. Conf.
 (BOURILLON (R.)
 (CARTIER (P.)
 Biochimie médicale (DREYFUS (J.-Cl.)
 (GONNARD (P.)
 (KRUH (J.)
 (JEROME (H.)
 Biologie appliquée à l'Education
 physique et aux Sports PLAS (F.)
 (BOIRON (M.)
 (DENOIX (P.)
 Carcinologie (MATHE (G.)
 (SELIGMANN (M.)

MM.

Dermato-syphiligraphie	(CIVATTE (J.)
	(DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
	(BESSIS (M.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.)
	(DAUSSET (J.)
	(DUHAMEL (G.)
	(COUJARD (R.), Pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M.)
	(RACADOT (J.)
	(BESANÇON (F.)
Hydrologie	(CORNET (A.)
	(BOYER (J.), Pr.s.ch.
	(BLANCHER (G.)
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L.)
	(SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.), Pr.s.ch.
	(DUPONT (V.)
	(FOURNIER (E.)
Médecine légale	(GUENIOT (M.)
	(HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
	(GRANJON (A.)
	(HERVET (E.)
	(LE LORIER (G.)
	(LEVY (J.)
Obstétrique	(MORIN (P.)
	(MUSSET (R.)
	(ROBES (M.)
	(SENEZE (J.)
	(SUREAU (C.)
	(THOYER-ROZAT (J.)
	(BREGEAT (P.)
Ophtalmologie	(DUBOIS (A.)
	(SARAUX (H.)
	(JUDET (R.)
Orthopédie	(MEARY (R.)
	(POSTEL (M.)
	(RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	(DEBAIN (J.)
	(PIALOUX (P.)

mm.

Parasitologie.....	(GOLVAN (Y.) (LAPIERRE (J.) (BARCAT (J.) (BINET (J.-P.) (CERBONNET (G.) (CHATELIN (C.-L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GARBAY (M.) (GARNIER (H.)
Pathologie chirurgicale.....	(GAUDART d'ALLAINES (Cl. de) (GERMAIN (A.) (LATASTE (J.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (M.) (NATALI (J.) (PELLERIN (D.) (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.) (BENHAMOU (J.-P.) (BERTHAUX (P.) (BOIVIN (P.) (CROSNIER (J.)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L.) (LOEPER (J.), Pr.s.ch. (MAURICE (J.) (MIKCL (Cl.) (RICHT (G.) (AUSSANNAIRE (M.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.)
Pathologie médicale	(BUGE (A.) (CATINAT (J.) (CHRETIEN (J.) (COBLENTZ (B.) (CONTAMIN (F.) (COURY (C.)

mm.

	(ETIENNE (J.-P.)
	(FREZAL (J.)
	(FRITEL (D.)
	(HENNEQUET (A.)
	(HIMBERT (J.)
	(HOUSSET (E.)
Pathologie médicale.....	(LAROCHE (Cl.)
	(LESOBRE (R.)
	(LEVEQUE (B.)
	(MACREZ (C.)
	(MOREAU (L.)
	(NICK (J.)
	(ROYER (P.)
	(TOURNEUR (R.)
	(WOLFROMM (R.)
	(LAFOURCADE (J.)
	(LEPERCQ (G.)
	(MANDE (R.)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P.)
	(POLONOVSKI (C.)
	(ROSSIER (A.)
	(VIALATTE (J.)
	(BOISSIER (J.)
Pharmacologie.....	(LECHAT (P.)
	(BARRES (G.)
	(DEJOURS (P.), Pr.s.ch.
	(DURAND (J.)
Physiologie.....	(GIRARD, M. conf.
	(HUGELIN (A.)
	(SCHERRER (J.)
	(CHANTEUR (J.)
	(GOUGEROT (L.), M. conf.
	Pr. s. ch.
	(GREMY (F.), M. conf.
Physique médicale	(MILHAUD (G.)
	(PELLERIN (P.)
	(ROUCAYROL (J.-Cl.)
	(TUBIANA (M.), M. conf.
	KREIS (B.)
Pneumo-phthisiologie	(MEYER (A.)
	(RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
	(DENIKER (P.)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D.)
	(FLAVIGNY (H.)

MM.

Rhumatologie.....	DELBARRE (F.), Pr. s. ch. (CERNEA (P.)
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A.), M. c. agr. (GRELLET (M.)
Thérapeutique.....	(CHASSAGNE (P.) (MARCHE (J.)
	(AUVERT (J.)
Urologie.....	(MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

Anatomie.....	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale.....	VERNE (J.-M.) (PERRAULT (M.)
Clinique médicale.....	(RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale.....	(GRASSET (J.) (MAYER (M.)
	(DESVIGNES (P.)
Clinique ophtalmologique.....	(OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture.....	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.....	BARUK (H.)
Clinique urologique.....	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Secrétaire principal Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs (Mlles DUMAITRE (P.),
(LE NOIR (G.),
(QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires (Mmes CONTET (J.),
(FORGET (F.),
(Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A U B R Y

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de notre
thèse,

En témoignage de notre
respectueuse gratitude.

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR B É R A R D

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Chef du Service oto-rhino-laryngologique
de l'Hôpital Tenon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse,

Qu'il veuille trouver ici
l'hommage de ma profonde
reconnaissance pour la bien-
veillante sollicitude qu'il
m'a témoignée et les conseils
d'encouragement qu'il m'a
donnés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G A N D O N

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Qu'il trouve ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il m'a prodigué au cours de mes études de spécialité.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOURDAN
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR COCHARD
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

En témoignage de notre
respectueux attachement.

A MESSIEURS LES DOCTEURS HERBOLD, VERTUT, GABOLY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
,
DES ÉPITHELIOMAS PRIMITIFS DE LA SOUS-CLOISON

INTRODUCTION

Deux cas d'épithéliomas de la columelle ayant été observés dans le service de notre Maître le Docteur BERARD, Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Tenon, nous nous sommes proposé de présenter ces observations et d'y joindre celles que nous avons pu recueillir afin d'étudier cette localisation épithéliomateuse peu fréquente et de traitement difficile.

A partir de ces observations, nous avons tenté de mettre en relief certains points communs et d'analyser la fréquence de leurs diverses formes cliniques et anatomo-pathologiques. Nous avons cherché à apprécier leurs possibilités thérapeutiques et à préciser les indications respectives des différents traitements qui leur sont applicables.

R A P P E L A N A T O M I Q U E

La columelle, située sous le bord antéro-inférieur du cartilage quadrangulaire,

- barre, sur la ligne médiane, la base de la pyramide nasale du philtrum au lobule, la divisant en deux orifices narinaux ;

- sépare les deux vestibules dans leurs deux tiers inférieurs, du plancher à la pointe, sur 10 millimètres de profondeur.

Embryologie

La sous-cloison, de même que le dos du nez, la partie médiane de la lèvre supérieure et le tubercule incisif du rebord alvéolaire (les deux incisives médianes) dérivent de l'accolement sur la ligne médiane des deux bourgeons nasaux internes.

Sa morphologie

est intimement liée à son armature cartilagineuse mobile, représentée par les deux branches internes des cartilages alaires.

= Chaque crus medialis aplatie de dehors en dedans, de forme rectangulaire, est plus courte, plus étroite, plus épaisse que chaque crus lateralis.

Elle se dirige grossièrement horizontalement en arrière.

Si bien que, plus bas que le bord antéro-inférieur du cartilage quadrangulaire en avant, elle se trouve sur le même plan en arrière.

= Son extrémité postérieure arrondie répond à la partie moyenne de la columelle qu'elle soulève.

= Sa face externe regarde en haut et en dehors; sa face interne, en bas et en dedans.

= Les deux branches internes sont réunies l'une à l'autre par un tissu cellulaire relativement lâche, facilement clivable, et dessinent un angle dièdre ouvert en bas et en avant, plus ou moins comblé par un tissu fibreux dense et qui explique la fossette allongée que présente parfois la face inférieure de la columelle.

= Ces branches internes, déjà réunies entre elles, sont réunies au cartilage quadrangulaire par une membrane septale élastique, triangulaire à la coupe, dont la base s'insère sur la face interne de leurs extrémités postérieures et dont le sommet se jette sur le bord antéro-inférieur du cartilage. Celui-ci s'insinue plus ou moins entre les extrémités postérieures des crus medialis.

Ceci explique la mobilité de la columelle sur la cloison.

= Des fibres musculaires pénètrent dans le tissu fibreux de la sous-cloison :

- . les fibres médianes du myrtiforme,
- . le faisceau médian de la partie accessoire de l'orbiculaire des lèvres (TESTUT).

Pour ROUVIERE, ce faisceau fait partie de l'orbiculaire externe et il est formé par des fibres issues du triangulaire et du buccinateur.

Les auteurs américains isolent un muscle "depressor septum nasi" qui semble correspondre au faisceau médian de la portion accessoire de l'orbicu-

laire (GRIESMAN) ou au faisceau médian du myrtiforme.

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère de la sous-cloison, branche issue de l'anastomose entre les deux coronaires, puis gagne le lobule en cheminant le long de la face inférieure.

La veine est satellite de l'artère et gagne la veine faciale.

Les lymphatiques : deux réseaux.

- Un réseau externe cutané, superficiel et profond, particulièrement riche, dont les collecteurs suivent le trajet de l'artère faciale, font relais dans les ganglions géniens et gagnent les ganglions sous-maxillaires.

- Un réseau interne du revêtement des faces latérales, dont les collecteurs se dirigent vers le plexus prétubaire et, à travers les péristaphylins, gagnent les ganglions sous-digastriques et les ganglions rétro-pharyngiens latéraux.

Ces deux réseaux sont richement anastomosés entre eux et avec ceux de la pyramide et des fosses nasales.

L'innervation est assurée par le filet interne du nerf nasal interne.

Le revêtement de la sous-cloison est entièrement de type cutané. La transition, nette et brutale, entre revêtement cutané et muqueuse se fait à la limite supérieure du vestibule qui répond au plan transversal passant par les zones diverticulaires entre cartilages alaires et cartilages triangulaires.

Ainsi, la sous-cloison présente :

- une face inférieure,

- . plus étroite à la partie moyenne qu'à ses extrémités ;

- . dont le revêtement cutané est épais, adhérent, bien vascularisé et riche en grosses glandes sébacées,

- . qui déborde en bas les rebords narinaires externes.

- une base d'implantation large,

- . située à 1,5-2 cm. en avant de l'épine nasale antérieure,

- . dont la jonction avec le philtrum définit le point sous-nasal,

- . latéralement, elle s'étale de chaque côté vers le pied des ailes.

- deux faces latérales,

- . dont la peau est plus mince, présentant des vibrisses,

- . qui sont soulevées à leur partie moyenne par les extrémités postérieures des crus medialis.

Ces faces latérales séparent :

- . en arrière, les deux vestibules ;

- . en avant, les deux cavités ventriculaires sous-lobulaires.

La sous-cloison joue un rôle non négligeable dans le soutien de la pointe du nez.

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

=====

Monsieur LEB... Roger, greffier, âgé de 56 ans, est adressé à Monsieur le Docteur BERARD en fin Septembre 1955 pour une infiltration suspecte insidieuse de la columelle.

A cette date :

= Dans les antécédents, existence d'une rhinite croûteuse rebelle.

= A l'examen de la base de la pyramide nasale, on note :

. un épaissement dense de la columelle.

Cette infiltration :

- atteint en arrière le philtrum,
- cartonne en avant le lobule et la partie médiane de l'aile gauche.

. une ulcération granitée

- sur la face interne gauche,
- remontant dans le vestibule sous l'aile gauche;

- elle saigne au contact ;
- la crus medialis est mise à nu.

. une perforation petite sous-lobulaire,

- découverte à l'exploration au stylet, en avant du bord antérieur du cartilage de la cloison,

- mettant en communication les deux côtés et témoignant de la bilatéralisation.

L'exploration des territoires ganglionnaires est normale.

La biopsie pratiquée sur le rebord de l'ulcération révèle un épithélioma épidermoïde spino-cellulaire.

L'examen sérologique de Bordet-Wassermann pratiqué systématiquement est négatif.

Le 26-10-1955, Monsieur le Docteur BERARD pratique une résection électro-chirurgicale comprenant :

- la columelle,
- les branches latérales des cartilages alaires, en respectant le revêtement cutané externe des ailes,
- la partie antérieure de la cloison, à 1 cm. de son bord antérieur.

Cette résection est suivie immédiatement d'une application de radium :

- deux tubes de 1 mgr filtrés par 1 mm. de platine,
- chaque tube est disposé sur chaque plancher,
- ils sont laissés en place cinq jours,
- soit au total 10 MCD.

Les suites immédiates sont favorables. Les berges de la plaie opératoire se détergent et s'épidermisent rapidement.

A la fin du mois de Décembre 1955 :

- le rebord antérieur de la cloison est pratiquement épidermisé ;
- le revêtement cutané de l'aile gauche est souple ;
- seule persiste, dénudée, une zone osseuse répondant à la résection de l'épine nasale antérieure.

En fin Janvier 1956, à l'examen :

- infiltration limitée de 3 mm. de diamètre de la peau qui avait été conservée du revêtement cutané externe de l'aile gauche ;

- nodule de 2 mm. de diamètre végétant à la partie antérieure de ce qui reste de la cloison ;

- le plancher est net ;

- il n'y a pas d'adénopathies ;

- le prélèvement révèle qu'il s'agit d'une récidive.

Le 3-2-1956, Monsieur le Docteur BERARD exécute une large électrocoagulation de l'angle et de l'aile gauches.

Du 4 au 15 Février 1956, le malade est soumis à une Roentgenthérapie profonde : 200 KV, $\frac{1}{2}$ mm. Cu, par Monsieur le Docteur DECKER.

- 1 champ circulaire de 4 mm. de diamètre sur la cloison et l'aile gauches.

- 10 séances de 250 r à raison d'une séance par jour.

- Au total : 2.500 r.

Le résultat local de ce double traitement est entièrement satisfaisant.

Mais, en Octobre, on découvre une ulcération nécrotique

- de la partie postérieure de la cloison,

- de la partie antérieure médiane du plancher,

qui aboutit, en Janvier 1957, à une fistule naso-palatine de 1 cm. de diamètre, nécessitant le port d'une prothèse, d'ailleurs bien supportée, pour l'alimentation.

En Mars 1957, la brèche vélo-palatine mesure 2 cm. de diamètre. Il reste des zones nécrotiques sur les bords de cette perforation et au niveau de la lèvre supérieure. Les régions supérieures des fosses nasales sont propres.

En Juillet 1957 :

- l'ostéo-radio-nécrose s'est étendue ;
- des bourgeons, dont la nature épithéliomateuse est confirmée par une nouvelle biopsie, se développent ;
- une nouvelle électrocoagulation est faite et le traitement radiothérapique est repris ;
- champ direct de 9 cm. de large sur 8 cm. de haut sur la pyramide nasale et la lèvre supérieure ;
- 125 r par séance, trois fois par semaine ;
- au total, 1.625 r, du 12-7 au 9-8-1957.

Néanmoins, épithélioma et ostéo-radio-nécrose évoluent parallèlement, emportant le malade le 28 Mai 1958.

Notons que, pendant toute cette évolution, aucune adénopathie ne s'est développée.

OBSERVATION N° 2
=====

Monsieur TAR..., âgé de 70 ans, est vu à la fin du mois de Juin 1962 pour la première fois, par Monsieur le Docteur BERARD, à qui il est adressé pour une infiltration extrêmement douloureuse de la columelle.

L'apparition débuta quelques semaines auparavant par un oedème de la columelle et du lobule s'accompagnant de violentes douleurs interdisant le mouchage et ne permettant pas d'enlever les croûtes qui

encombrent les narines. Le diagnostic de furoncle du nez avait été porté et le malade soumis à un traitement associant :

- de la pénicilline par voie parentérale,
- et de la radiothérapie conventionnelle :
 - . 200 KV, 8 mA, 1 mm. Cu,
 - . un champ latéro-nasal droit,
 - . un champ latéro-nasal gauche,
 - . 200 r par champ, un champ par séance,
 - . onze séances en tout, soit :
 - 1.000 r à gauche,
 - 1.200 r à droite.

Malgré ce traitement intensif, aucune amélioration ne se dessine.

- Le malade continue à éprouver de très violentes douleurs,
- L'infiltration de la columelle persiste.

Au début du mois de Juillet, à l'examen, on note :

- une infiltration de la columelle très importante, qui atteint le lobule, avec un aspect violacé de la peau ;
- une ulcération qui siège sur les trois faces de la sous-cloison, bourgeonnante, saignante, remontant de chaque côté dans le vestibule narinaire;
- une perforation est mise en évidence par l'exploration au stylet. Elle est très antérieure, en avant du bord antérieur de la cloison. Elle témoigne de la bilatéralisation de la lésion.

L'exploration des différentes chaînes ganglionnaires ne révèle aucune adénopathie.

L'examen histologique (N° 24.122 - Monsieur le Docteur LAURENT) du prélèvement effectué au niveau de la perforation révèle l'existence d'un carcinome épidermoïde différencié, présentant quelques signes

dé maturation dyskératosique. Cet épithélioma végète sous forme de boyaux volumineux dans un stroma très inflammatoire.

Le 26-7-1962, le malade est opéré sous anesthésie générale. Monsieur le Docteur BÉRARD pratique une résection électro-chirurgicale large, comprenant :

- columelle,
- lobule,
- partie antérieure de la cloison,
- régions voisines des ailes du nez.

Les suites opératoires sont simples. L'épidermisation se développe rapidement.

Du 22-8-1962 au 12-9-1962, le malade est traité par Césiumthérapie complémentaire :

- un champ nasal direct,
- distance du foyer à la peau : 35 mm.,
- rayon incliné de 10° sur les pieds,
- une séance de 200 r par jour,
- 20 séances en tout; au total 4.000 r.

Depuis, l'état local est entièrement satisfaisant. Seul, reste à envisager le problème esthétique qui, dans l'immédiat, est résolu par le port d'une prothèse artificielle soutenue par des lunettes. Le résultat cosmétique en est très convenable.

Soit guérison avec un recul de 18 mois.

Nous devons l'observation suivante à la grande obligeance de Monsieur le Docteur PINEL.

OBSERVATION N° 3
=====

Monsieur BEU..., âgé de 55 ans, est vu pour la première fois en fin Mars 1963.

L'examen rhinoscopique antérieur révèle une tumeur :

- ulcérée,
- circulaire, d'un diamètre de 10 mm.,
- siégeant sur la face latérale droite de la sous-cloison, près de l'angle antérieur ;
- elle est strictement unilatérale.

L'exploration des chaînes ganglionnaires est normale.

Le traitement décidé répond au schéma suivant :

- rhinotomie latérale,
- biopsie extemporanée,
- électrocoagulation,
- contactothérapie.

L'intervention sous anesthésie locale est pratiquée le 29-3-1963 :

- Incision para-latéro-nasale droite permettant de rabattre complètement l'aile du nez vers la gauche et de dégager la face droite de la sous-cloison.

- Biopsie (Monsieur le Docteur RENAULT) : carcinome malpighien spino-cellulaire, développé en un massif compact très kératinisé de façon diffuse.

- Destruction presque complète de la tumeur par électrocoagulation à la boule pour réduire son épaisseur et permettre l'irradiation maximum de la couche mince résiduelle de la base d'implantation.

- Radiothérapie de contact (Monsieur le Docteur DECKER) :

- . 50 KV, 2 mA, 1 mm. d'Alu,
 - . distance focale 2 mm.,
 - . champ de 20 mm. de diamètre,
 - . dose unique de 5.500 r en surface,
- soit 92 % de la dose en surface à 1 mm. de profondeur, 50 % de la dose en surface à 5 mm. de profondeur.

Les suites opératoires sont simples.

Mais une perforation apparaît au point d'application des rayons.

Le 20-5-1963 : la perforation est de 15 mm. de diamètre environ, avec des bords un peu épais. Il n'y a aucun affaissement de la pointe du nez.

En fin Novembre : état local excellent ; les bords de la perforation s'amincissent.

Soit guérison avec moins d'un an de recul.

Nous devons l'observation suivante à l'extrême bienveillance de Monsieur le Professeur Agrégé DUPERRAT et de Monsieur le Docteur DUFOURMENTEL.

OBSERVATION N° 4
=====

Monsieur MAR... Gilles, âgé de 63 ans.

En Juillet 1962, lésion de nature épithéliomateuse :

- des deux régions temporales et de la région rétro-auriculaire droite,
- de la base de la pyramide nasale, touchant :
 - . lobule,
 - . sous-cloison,
 - . partie médiane des ailes, surtout gauche.

Le 25-7-1962, intervention sous anesthésie locale (Opérateur : Docteur PRIAUX) :

- Exérèse du revêtement cutané, du cartilage de la masse supérieure de la sous-cloison et d'une partie du cartilage alaire gauche ;
- Hémostase au bistouri électrique.
- Prélèvement d'une greffe de 3/10 de mm. à

la face interne de la cuisse droite.

- Mise en place de la greffe.
- Pénicilline, thrombase.
- Bourdonnet, pansement compressif.
- Examen de la pièce opératoire :

"La coupe montre une prolifération dans le derme de boyaux de cellules basophiles dont l'assise périphérique dessine une palissade. Le stroma est inflammatoire et scléreux. Au niveau de la sous-cloison, on observe une infiltration en profondeur, bien que le cartilage semble intact. Il existe une hyperplasie des éléments pilo-sébacés.

"Conclusion : Epithélioma baso-cellulaire infiltrant qui, sur ces coupes, semble avoir été suffisamment extirpé".

Suites opératoires satisfaisantes.

Le 3 Août 1962 : aspect normal de la peau greffée ; difficulté pour respirer par le nez.

Le 13 Août 1962 : bon aspect, mais quelques croûtes.

En Décembre 1962 : le malade accuse toujours une certaine gêne respiratoire nasale. Une petite prothèse provisoire est mise en place pour faciliter la respiration.

Depuis, le malade va bien ; soit guérison avec un recul de 18 mois.

L'observation que nous présentons maintenant, et que nous devons à l'amabilité de Monsieur le Professeur LEPINAY, est remarquable à double titre. D'une part, il s'agit d'une localisation exceptionnelle, l'épithélioma étant développé aux dépens de la face inférieure de la columelle. D'autre part, pour le traitement fut utilisée une méthode radiothérapique encore peu répandue.

OBSERVATION N° 5
=====

Madame PR... présente, depuis le début de 1962, une excoriation de la face inférieure de la columelle qui s'agrandit, qui se renouvelle et qui s'épaissit régulièrement et l'incite à consulter.

A l'examen : lésion lenticulaire de 1 cm. de long, de 5 mm. de large, strictement localisée à la face inférieure de la columelle.

Biopsie : épithélioma baso-cellulaire.

Traitement : radiothérapie avec un appareil à fenêtre de Béryllium.

- 30 KV, 0,5 mm Alu, distance focale 12 cm.,
- un seul champ direct,
- une séance par semaine, quatre séances en tout :
- . deux de 1.100 r
- . une de 900 r
- . une de 1.000 r
- . Soit 4.100 r au total.

Résultats immédiats satisfaisants.

Un an après, aucun signe de récurrence, cicatrice à peine visible. Ainsi, guérison avec 12 mois de recul.

P.Y. CASTELAIN, R. ALMARIC et J.H. SPITALIER, dans leur article "Epithélioma de la sous-cloison nasale traité par Césiumthérapie" (Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie, N° 5, 1962), rapportent une observation que nous résumons.

OBSERVATION N° 6
=====

Monsieur GA..., âgé de 61 ans.

26 Juin 1961 : exérèse par électro-chirurgie de trois cornes cutanées de la face latérale du cou.

Examen des pièces : épithéliomas malpighiens multifocaux.

26 Avril 1962 : le malade est revu, car, depuis trois semaines, sont réapparues deux tumeurs :

- l'une à la tempe gauche, traitée par radiothérapie de contact,
- l'autre sur la sous-cloison.

Biopsie : épithélioma baso-cellulaire.

Du 3 Mai au 30 Juin 1962, la lésion de la sous-cloison est soumise à la Césiumthérapie :

- distance focale : 35 cm.,
- deux feux latéraux droit et gauche de 4 cm. sur 4 cm.,
- 250 r à chaque séance,
- 3 séances par semaine, un champ par séance,
- soit au total, en huit semaines :
 - . 3.500 r, champ gauche,
 - . 3.500 r, champ droit.

Depuis, la guérison se maintient.

R. BOURGEOIS, LE CAMUS et PINEL, dans leur article : "Epithélioma du vestibule narinaire traité par radiothérapie de contact" (Annales d'Oto-rhino-laryngologie, 1955, N° 10), rapportent une observation que voici résumée. Il s'agit ici d'une extension à la sous-cloison.

OBSERVATION N° 7

Le malade présente d'abord une petite lésion narinaire droite ressemblant à une folliculite, qui s'étend ensuite.

La biopsie révèle : épithélioma spino-cellulaire.

En Avril 1954, la lésion :

- touche toute la moitié supérieure de l'aile nasinaire, n'atteignant pas l'orifice nasinaire en avant, mais s'étendant assez loin en arrière jusqu'au contact de la muqueuse ;

- gagne l'angle nasinaire ;

- descend notablement sur la cloison.

Traitement contacto-thérapeutique après intervention :

- rhinotomie para-latéro-nasale : l'aile nasinaire est retournée de telle façon que les lésions sont dans le prolongement l'une de l'autre et sur le même plan.

- radiothérapie de contact :

. 3 champs de 15 sur 15 cm.,

. 1 champ de 5 sur 5 cm.,

. chaque champ reçoit 2.666 r en vingt séances.

Suites opératoires faciles.

En Juillet 1954 : petite lésion grosse comme une tête d'épingle.

Biopsie : récidue (vraisemblablement à la jonction de deux champs. Elle est électrocoagulée.

En Octobre 1955 : guérison maintenue.

Revu en 1958 par Monsieur le Docteur PINEL, le malade va bien.

Soit recul de 4 ans.

Ils rappellent succinctement deux autres observations.

OBSERVATION N° 8
=====

Homme de 80 ans, ayant présenté une lésion analogue.

Traitement par téléroentgenthérapie.

Récidive très précoce, s'étendant rapidement à la pointe du lobule.

Il fallut faire l'amputation au bistouri électrique de l'extrémité de la pointe.

OBSERVATION N° 9
=====

Femme présentant une petite lésion localisée du vestibule narinaire.

Traitement par téléroentgenthérapie.

Récidive six mois après, nécessitant l'amputation de la narine.

J. GIGNOUX, J. PAPILLON et S.P. REBATTU rapportent une observation d'épithélioma de la sous-cloison, dans leur article "De l'emploi de la radiothérapie de contact dans le traitement des épithéliomas de la cloison". (Journal français d'O.R.L., Mai 1952).

Cette observation a été reprise par J. GIGNOUX et J. GAILLARD, dans leur article "Le traitement des épithéliomas de la cloison nasale" (Annales d'Oto-rhino-laryngologie, 1955, N° 6).

Enfin, elle a été insérée par R. LOMPARD dans sa thèse (Lyon, 1956).

OBSERVATION N° 10
=====

Monsieur C.J....., employé S.N.C.F..

Depuis six mois, syndrome d'obstruction nasale gauche intermittente avec épistaxis.

Le 3-9-1961 :

Lésion : située à la partie antérieure et interne de la narine gauche, polypoïde.

Biopsie : épithélioma vraisemblablement basocellulaire.

Traitement : radiothérapie étalée sur deux mois.

- 2 champs, un sur chaque aile ;
- chaque champ reçoit en tout 2750 r.

- A la fin de ce traitement, mise en place d'un tube de 10 mg de Radium pendant 30 heures, soit 3 MCD.

Un mois après, récidence :

- Lésion infiltrante et bourgeonnante du vestibule narinaire à la partie antéro-supérieure ;
- Infiltration de la pointe ;
- Extension à la cloison.

Traitement contactothérapie :

- 50 KV, distance focale 4 cm., sans filtre ;
- Rhinotomie latérale sous anesthésie locale ;
- 6.000 r en trois minutes ;
- Suture.

En Octobre 1956, le malade va bien. Ainsi, guérison avec un recul de 5 ans.

R. LOMPARD, dans sa thèse "Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de la cloison nasale et de leurs méthodes de traitement", rapporte plusieurs observations.

OBSERVATION N° 11
=====

Monsieur P. L..., 67 ans.

En Janvier 1947, lésion :

- ulcéro-végétante,
- de la face inférieure de la pointe,
- de la sous-cloison,
- bilatéralisée.

Pas d'adénopathies.

Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

Traitement : roentgenthérapie 3.450 r. Bons résultats.

Octobre 1951 : récurrence ulcéreuse traitée par électrocoagulation.

Février 1952 : récurrence à la pointe du nez. Roentgenthérapie à feux nus. 4100 r en deux champs.

Mars 1955 : récurrences des lésions épithéliomateuses. Amputation subtotale du nez ne laissant que les os propres.

Décès en Novembre 1955, soit survie de 8 ans.

Il n'a jamais présenté d'adénopathies.

OBSERVATION N° 12
=====

Monsieur C.J....., 50 ans, mineur.

Le 19-2-1949, lésion :

- située à 5 mm. de l'orifice narinaire, à droite,
- ulcéro-végétante,
- s'étendant jusqu'à la paroi externe de la

narine.

Pas d'adénopathies.

Biopsie : épithélioma malpighien spino-cellulaire kératinisant.

Traitement : roentgenthérapie 3.600 r. Bons résultats.

Décembre 1955 : ostéo-radio-nécrose vestibulaire médiane de 1 cm. de diamètre.

Avril 1956 : tout le massif incisif est atteint.

Octobre 1956 : fragment osseux en voie d'élimination, mais aucun signe de récédive.

Donc, guérison avec un recul de 7 ans.

H. SAKON, dans son article "Contribution au traitement de l'épithélioma de la cloison nasale" (Annales d'Oto-rhino-laryngologie, Janvier 1931), rapporte une observation.

OBSERVATION N° 13
=====

Monsieur P. M..., 76 ans.

En Septembre 1928, apparition d'une toute petite nodosité prurigineuse, grosse comme une tête d'épingle, à la partie antérieure de la sous-cloison du côté droit, à la limite du lobule et de la sous-cloison. Augmentation progressive d'épaisseur de la cloison.

25 Février 1929, la lésion :

- s'étend sur toute la surface de la sous-cloison,

- empiétant sur la partie inférieure de la

cloison cartilagineuse,

- envahit le côté gauche,
- est ulcérée, bourgeonnante,
- taille 25 mm. sur 25 mm., épaisseur 50 mm.

Pas d'adénopathies sous-maxillaires.

Biopsie : épithélioma à évolution épidermoïde complète. Mitoses en nombre limité.

26 Février 1929 : intervention type HAUTANT et MONOD.

Du 8 au 13 Mars : gammathérapie intermittente par application d'un moule :

- 5 fois 4 heures le matin,
- 5 fois 4 heures le soir,
- surface irradiée : 33 cm².
- distance foyer-lésion : 1 cm.
- dose donnée : 39,8 MCD.
- filtration : 1 mm. de platine par cm².

Le 16 Mars : réinsertion des ailes.

Suites opératoires : décollement.

15 Avril 1929 : au niveau de la partie inférieure de la cloison, apparition d'un petit bourgeon à droite. Biopsie : récursive.

29 Avril 1929 : au couteau diathermique, ablation d'un lambeau circulaire ayant pour centre la récursive. La sous-cloison est respectée. Epidermisation rapide de la perforation.

Juin 1930 : guérison maintenue, soit recul de 18 mois.

CONFRONTATION

L'analyse de cette série d'observations met en relief certains points qui méritent d'être soulignés.

= Ces épithéliomas sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Sur 13 cas : 11 chez l'homme,
2 chez la femme.

= Ils se développent beaucoup plus fréquemment sur les faces latérales que sur la face inférieure qui n'est que très rarement touchée en premier.

Sur 13 cas : 10 frappent les faces latérales,
3 touchent la face inférieure.

= Sur le plan histologique, les épithéliomas épidermiques à évolution épidermoïde complète sont les plus fréquents.

Sur 13 cas : 10 épithéliomas spino-cellulaires,
3 épithéliomas baso-cellulaires.

= La forme différenciée semble être l'apanage des épithéliomas nés aux dépens du revêtement cutané interne.

Sur 10 cas d'épithéliomas développés sur les faces latérales, 9 sont des spino-cellulaires.

= La forme indifférenciée se voit surtout au

niveau de la face inférieure.

Les trois cas d'épithéliomas développés sur la face inférieure sont de nature baso-cellulaire.

= Les adénopathies sont rares. Nous n'avons aucun cas comportant de ganglions, que ce soit au premier examen ou au cours de l'évolution. Ce point est particulièrement important.

= Les métastases sont exceptionnelles : nous n'en avons pas d'exemple.

= Les récidives sont, par contre, fréquentes.

Sur 13 cas, 6 récidives avant un an. Elles témoignent de la gravité particulière de cette localisation qui rend pourtant son diagnostic précoce aisé.

= La diversité des méthodes thérapeutiques utilisées souligne d'ailleurs la difficulté de leur traitement, où l'on cherche à concilier efficacité et préoccupation cosmétique. Nous allons les envisager maintenant.

LES MOYENS THERAPEUTIQUES UTILISES

LA TELEROENTGENTHERAPIE SEMI-PENETRANTE A 200 KV.

Les résultats en sont très peu encourageants, qu'elle soit utilisée isolément ou comme traitement d'appoint, d'emblée ou sur une récurrence.

= Sur la lésion initiale :

. isolément :

3 cas : 2 récurrences précoces,
1 guérison à 7 ans, mais avec
ostéo-radio-nécrose.

. suivie de Curiepuncture :

1 cas : récurrence 1 mois après.

. sur récurrence, après exérèse électro-chirurgicale :

1 cas : nouvelle récurrence 16 mois après.

LA CURIETHERAPIE

Deux cas :

- L'un associé à une exérèse électro-chirurgicale : récurrence trois mois après.

Dans la suite de l'évolution : ostéo-radio-nécrose très sévère et reprise de l'épithélioma.
Décès après deux ans d'évolution.

- Dans le 2me cas, elle est consécutive à un traitement par radiothérapie à 200 KV. Récidive un mois après.

La curiethérapie est d'un usage particulièrement difficile dans cette localisation. Les problèmes soulevés par la protection et la distribution de la dose en limitent considérablement l'emploi.

LA GAMMATHERAPIE INTERMITTENTE PAR APPAREILS MOULES CONTENANT DES TUBES DE RADIUM

1 cas.

- Récidive deux mois après, traitée par diathermo-coagulation.

- Guérison maintenue au-delà de 18 mois.

Cette méthode, rapportée par H. SAKON, a donné des bons résultats dans des formes étendues et bilatérales. Cet auteur indique qu'il faut 1,20 à 1,25 McD par cm² de lésion.

Tombée en désuétude par ses difficultés d'application, elle souligne bien tout l'intérêt des radio-isotopes émetteurs Gamma.

LA RADIOTHERAPIE DE CONTACT

Trois cas ont été traités par cette méthode.

- Deux fois d'emblée :

• de façon isolée : 1 cas. Il s'est produit une récidive précoce qui a été électrocoagulée. Guérison maintenue au-delà de 5 ans.

• aussitôt après électrocoagulation : 1

cas. Guérison maintenue depuis 9 mois.

- Une fois sur une récurrence. Guérison avec 5 ans de recul.

Elle a été mise au point en 1932 par CHAOUL qui créa un appareillage spécial.

Le rayonnement, obtenu sous faible voltage, peu pénétrant, de grand débit, est appliqué à très courte distance à la surface de modeste étendue qui est à irradier.

L'irradiation reste superficielle, le rayonnement perdant 50 % de son énergie à 1 cm. de profondeur.

Dans les épithéliomas de la sous-cloison, la rhinotomie préalable, nécessaire pour permettre l'application à courte distance du tube, impose la méthode de la dose unique de G.J. Van der PLAATS de Maastricht, encore appelée "Roentgencaustique".

"L'essentiel, écrit cet auteur, est de ne donner que la dose léthale à la partie la plus profonde de la tumeur et de choisir le rayonnement qui présentera la plus forte chute, afin de protéger au maximum les tissus sains sous-jacents. La dose à la surface n'a aucun intérêt, sauf pour le calcul de la durée du traitement".

C'est pourquoi il est indispensable de parfaitement connaître l'épaisseur, à 1 mm. près, de la tumeur pour éviter le surdosage, source de nécrose, ou le sous-dosage, avec la hantise de la récurrence.

Monsieur le Docteur PINEL, dans le cas qu'il a traité, a réduit au préalable l'épaisseur de la tumeur par électrocoagulation.

Par ailleurs, l'intensité du rayonnement diminue à la périphérie du champ. GIGNOUX a fixé la sur-

face des lésions à traiter, selon cette méthode, à moins de 1 cm².

LA RADIOTHERAPIE A FENETRE DE BERYLLIUM

Un cas traité par cette méthode. Guérison maintenue avec un an de recul.

Les appareils à fenêtre de Béryllium permettent, comme ceux de contactothérapie, de réaliser une roentgenthérapie sous faible tension. Mais ici :

- la distance foyer-peau est plus grande, de 8 à 30 cm.;
- le champ est nettement plus étendu : 8-10 cm. de diamètre.

Ainsi :

- Il est inutile de pratiquer une rhinotomie préalable.
- Les lésions à traiter peuvent être plus étendues.
- Et le fractionnement des doses sur plusieurs semaines permet d'assurer la sécurité et l'efficacité du traitement.

LA CESIUMTHERAPIE

Deux cas ont été traités par le Césium 137.

- Une fois, après exérèse électro-chirurgicale. Guérison maintenue au-delà de 18 mois.
- Une fois, d'emblée et seule : 1 cas. Guérison maintenue au-delà d'un an.

Le Césium 137, émetteur de radiations Gamma de 0,6 MeV, se révèle très efficace sur les lésions su-

perficielles. Son maximum d'action se situe à 1,2mm. de profondeur et son rendement est excellent jusqu'à 5 cm.

L'homogénéité de l'absorption dans les tissus diminue considérablement le risque d'ostéo-radio-nécrose.

Les applications se font :

- en plésiothérapie,
- avec un ou deux champs de 8-10 cm. de diamètre,
- avec un total de 5.000 à 7.000 r en quatre à cinq semaines.

L'EXERESE CHIRURGICALE

Nous avons :

= Deux observations d'épithélioma spino-cellulaire étendu bilatéral :

- Dans un cas, l'exérèse est limitée et associée à la curiethérapie. Une récurrence se produit 3 mois après.

- Dans l'autre cas, elle est élargie, mutilante et suivie de Césiumthérapie. Guérison avec un recul de dix-huit mois.

= Une observation d'épithélioma baso-cellulaire étendu au lobule et à l'aile.

Excision-réparation en un seul temps. Guérison avec un an de recul.

= Dans les formes étendues, bilatéralisées, infiltrantes, d'épithéliomas spino-cellulaires, l'exérèse électro-chirurgicale élargie, associée à un traitement radiothérapique post-opératoire, est susceptible de donner des résultats durables, mais au prix d'une grave mutilation, rançon de la guérison.

Néanmoins, celle-ci peut être l'objet d'une réparation ultérieure après un très long délai d'observation. Cette réparation ne peut être envisagée en même temps que l'exérèse, car la radiothérapie complémentaire s'avère indispensable.

Citons Claude ROMIEU (Rapport sur les épithéliomas cutanés de la face au 3e Congrès de la Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructive, Septembre 1955) : "Les localisations nasales relèvent, avant toute entreprise plastique, d'une excision très large de la pyramide en raison de l'importance et de la fréquence des récidives profondes".

Citons également F. LAGROT et V. GRECO qui, dans ce rapport, écrivent : "Les épithéliomas spino-cellulaires demandent la mise en oeuvre rapide d'une thérapeutique la plus complète possible ; les moyens limités ne sont pas de mise avec eux".... "C'est souvent en deux temps qu'il faut envisager la thérapeutique : destruction d'abord, réparation ensuite".

Enfin, ces mêmes auteurs rapportent, au Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue française - Alger, 1959, huit cas d'épithéliomas spino-cellulaires traités par excision-réparation en un seul temps.

- Dans cinq cas, guérisons surveillées de 3 à 10 ans.

- Dans trois cas, récidives : il s'agit d'épithéliomas spino-cellulaires de la pyramide nasale !

= Dans les formes étendues d'épithéliomas baso-cellulaires, le traitement, par contre, peut n'être que chirurgical. L'excision-réparation, en un seul temps est un procédé dont les résultats s'avèrent, dans ces cas, constamment favorables. Nous en avons rapporté un cas.

LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Les procédés thérapeutiques applicables aux épithéliomas de la sous-cloison sont ainsi fort divers et comprennent principalement :

- La roentgenthérapie à basse tension :
contactothérapie,
radiothérapie par tube à fenêtre de Béryllium.
- Les radiations à haute énergie.
- Le traitement chirurgical.

Le choix du traitement à instituer repose tant sur les éléments donnés par l'examen clinique que sur le résultat de l'examen anatomo-pathologique. La confrontation des caractères des lésions épithéliomateuses étudiées précédemment nous permet de souligner tout l'intérêt que présentent certains d'entre eux :

- L'étendue superficielle est à noter avec soin : inférieure ou supérieure à 1 cm².

- L'extension en profondeur, qui est appréciée sur :

- . l'infiltration,
- . l'atteinte de la barrière périchondrale et dont témoigne la mise à nu du cartilage au fond d'une ulcération explorée au stylet.

- La bilatéralisation qui peut se faire :
 - . au travers d'une perforation,

. autour de la face inférieure de la columelle.

- La propagation aux régions voisines :

. lobule, philtrum, cloison, plancher du seuil narinaire. Une radiographie du bloc incisif peut apporter d'utiles renseignements.

L'examen anatomo-pathologique, en précisant la variété de l'épithélium, oriente la conduite du traitement chirurgical. Notons que l'épithélioma intermédiaire doit être assimilé à l'épithélioma spino-cellulaire.

Les épithéliomas spino-cellulaires, qui sont de pronostic réservé par la fréquence des récidives, exigent un traitement précoce et intensif.

- La contactothérapie s'adresse aux lésions :

- . strictement unilatérales,
- . de faible épaisseur,
- . non infiltrantes,
- . de très petite étendue : celle-ci doit être inférieure à 1 cm² ;

mais elle nécessite une rhinotomie latérale préalable et seule la méthode de la dose unique, qui n'est pas sans inconvénient, peut être utilisée.

- La radiothérapie à fenêtre de Béryllium, d'application beaucoup plus souple, permet de traiter des lésions plus étendues superficiellement, tout en utilisant la méthode plus maniable des doses fractionnées.

- Les radiations à haute énergie sont particulièrement indiquées dans les lésions infiltrantes ou bilatérales. Cette méthode réduit considérablement le risque d'ostéo-radionécrose.

- L'exérèse électro-chirurgicale élargie, bien

que mutilante, associée à une irradiation à haute énergie après l'intervention, est le traitement offrant la sécurité la plus grande dans les cas d'épithéliomas spino-cellulaires étendus, infiltrants, bilatéralisés ou propagés à une région voisine. La réparation du sacrifice cosmétique semble pouvoir être envisagée après un long délai d'observation.

Les épithéliomas baso-cellulaires, de meilleur pronostic, peuvent être traités :

- soit par les procédés radiothérapiques tels qu'ils ont été décrits à propos des épithéliomas spino-cellulaires,

- soit par une excision-réparation en un ou deux temps.

Le traitement des ganglions :

Pour GIGNOUX, la rareté des métastases ganglionnaires ne paraît pas justifier l'évidement prophylactique du cou.

C O N C L U S I O N S

Les épithéliomas de la sous-cloison sont peu fréquents, touchant plus souvent les faces latérales que la face inférieure.

Ils prédominent nettement chez l'homme après la cinquantaine.

Les métastases ganglionnaires sont très exceptionnelles, mais des récidives locales se voient souvent et témoignent de leur particulière gravité.

Il semble y avoir une certaine corrélation entre la localisation et le type anatomo-pathologique. Aux faces latérales, répondent surtout les épithéliomas spino-cellulaires ; à la face inférieure, les épithéliomas baso-cellulaires.

Pour leur traitement, il est essentiellement fait appel :

- à la roentgenthérapie sous basse tension :
 contactothérapie,
 appareil à fenêtre de Béryllium ;
- aux radiations à haute énergie ;
- à l'exérèse électro-chirurgicale combinée à une irradiation post-opératoire.

Les indications thérapeutiques découlent tant du type anatomo-pathologique que du diagnostic topo-

graphique et d'extension de la lésion.

Si les épithéliomas limités peuvent être traités uniquement par les agents physiques, les épithéliomas étendus, infiltrants, bilatéralisés, paraissent devoir être l'objet d'une exérèse très élargie, toujours suivie de radiothérapie, dans le cas de lésions différenciées.

La réparation immédiate, possible dans les épithéliomas baso-cellulaires, ne peut être envisagée qu'après un long délai d'observation dans les épithéliomas spino-cellulaires.

Les récidives, grâce à l'amélioration constante des moyens thérapeutiques, sont devenues moins fréquentes et le pronostic en est ainsi devenu nettement plus favorable.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. CORDIER

Le Président de la thèse,

M. AUBRY

B I B L I O G R A P H I E

- ALMARIC (R.) et VIGNE (J.P.) - Le Césium 137 en Téléthérapie.- Gauthier-Villars, 1962.
- AUBRY (M.) et GIRAUD (J.Ch.) - Chirurgie fonctionnelle, correctrice et restauratrice du nez.- Arnette, 1956.
- BOURGEOIS (R.), LE CAMUS et PINEL - Epithélioma du vestibule narinaire traité par radiothérapie de contact.- Annales d'Oto-laryngologie, n° 10, 1955.
- CASTELAIN (P.Y.), ALMARIC (R.) et SPITALIER (J.M.) - Epithélioma de la sous-cloison nasale traité par Césiumthérapie.- Bulletin de la Société Française de Dermatologie, Novembre-Décembre 1962, N° 5.
- CONVERSE (J.M.) - Les structures cartilagineuses du nez.- The Annales of Oto-laryngology, Mars 1955.
- COTTLE (M.H.) - Structure et fonction du vestibule nasal.- Archives of Oto-laryngology, Août 1955.
- DAILEY - The role of columella and septocolumella suture.- Archives of Oto-laryngology, Février 1947.

- ESCOFFIER (J.B.) - La chirurgie plastique en cancérologie faciale.- Annales de Chirurgie plastique, N° 1, Juin 1956.
- GIGNOUX (J.) et GAILLARD (J.) - Le traitement des épithéliomas de la cloison nasale.- Annales d'Oto-laryngologie, Mai-Juin 1955.
- GIGNOUX (J.), PAPILLON (J.) et REBATTU (S.P.) - De l'emploi de la radiothérapie de contact dans le traitement des épithéliomas de la cloison.- Journal français d'O.R.L., Mai 1952.
- GRIESMAN (M.D.) - Base of the nose, anatomy and plastic surgery.- Archives of Oto-laryngology, Avril 1950.
- JOST (G.) - Anatomie chirurgicale de la pyramide nasale.- Thèse Paris, 1957, N° 533.
- LAGROT (F.), GRECO (J.), CORIAT (P.), BENSOUSSAN (A.) et PY (N.) - Traitement réparateur des cancers cutanés de la face et du cuir chevelu.- Annales de Chirurgie plastique, N° 1, Juin 1956.
- LOMPART (R.) - Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de la cloison nasale et de leurs méthodes de traitement.- Thèse Lyon, 1956, N° 180.
- POIRIER - Traité d'Anatomie humaine, tome V, fascicule II.
- POLLET (J.J.) - Chirurgie restauratrice de la columelle.- Thèse Paris, 1950, N° 180.
- RAPPORT du Xe Congrès des Dermatologistes et Syphili-

graphes de Langue française, Alger, 1959.

ROUVIERE - Anatomie des lymphatiques chez l'homme.

SAKON (H.) - Traitement des épithéliomas de la cloison.- Annales d'Oto-laryngologie, N° 1, 1931.

TESTUT - Traité d'Anatomie humaine, Chapitre III.
